

令和元年8月1日

郡市区等医師会長 殿

大阪府医師会長
茂松茂人
(公印省略)

日医かかりつけ医機能研修制度
「2019年度第2回応用研修会（DVDにて）」開催について

平素は本会事業に格別のご協力賜り厚くお礼申し上げます。

標記研修会は、平成28年度に始まりました「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修にあたり、最大6単位が取得できます。日本医師会では、「多くの医師が応用研修を受講し、修了申請を行うことが本制度全体の充実と発展につながり、ひいては、会員医師等の地域住民から信頼される『かかりつけ医機能』のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上する」としております。この度、大阪府医師会では、日本医師会が令和元年5月に開催した「2019年度応用研修会」の録画DVD放映による研修会を下記の通り開催致します。

記

日 時：9月29日（日）午前10時～午後5時15分
会 場：大阪府医師会館2階ホール、4階大会議室
内 容：別紙プログラム参照
受 講 料：2,000円（当日受け付けにて徴収）
定 員：600人（府医会員優先）
申し込み：

受講を希望される場合は、受講申込書に必要事項をご記入の上、大阪府医師会地域医療2課までFAX（06-6765-3737）にてお申し込みください。

なお、定員の関係で受講をお断りすることがありますので、ご了承ください。締め切りは9月13日（金）。受講者には事前に受講票を送付致しますので、ご持参の程、お願い致します。

また、昼食は大阪府医師会で用意致します（費用は受講料に含む）。詳細につきましては、同課（☎06-6763-7002）までお問い合わせください。

以上

※応用研修単位カウントの注意点

標記研修会は、2019年度第1回応用研修会（令和元年5月26日〈日〉開催）のプログラムと同一の内容となっております。本研修制度の申請にあたっては、同一名称の講義で最大2回まで応用研修の単位としてカウント可能となっておりますので、第1回研修会を受講された方もさらに単位が取得できます。

《事務局》〒543-8935 大阪市天王寺区上本町2-1-22
一般社団法人大阪府医師会地域医療2課（担当：福田、西井）
TEL. 06-6763-7002 FAX. 06-6765-3737

日医かかりつけ医機能研修制度 2019 年度第 2 回応用研修会（DVDにて）

プログラム

開催日：令和元年 9 月 29 日（日）

会 場：大阪府医師会館 2 階ホール、4 階大会議室

10:00	(1) 開会・挨拶	日本医師会長 横倉 義武
	(2) 講義	
10:05		応用研修 第 2 期 1. (1) : 1 単位 生涯教育 CC8:1 単位 【専門医共通講習②感染対策（必修）：1 単位】 かかりつけ医の感染対策 (60 分) 大曲 貴夫 (国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター センター長)
11:05		応用研修 第 2 期 3. (1) : 1 単位 生涯教育 CC6:1 単位 医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築 (60 分) 鈴木 邦彦 (医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長)
12:05	< 休憩・昼食 > (55 分)	
13:00		応用研修 第 2 期 2. (1) : 1 単位 生涯教育 CC19:1 単位 かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際 (60 分) 齊藤 正身 (医療法人真正会 霞ヶ関南病院 理事長)
14:00		応用研修 第 2 期 5. (1) : 1 単位 生涯教育 CC58:0.5 単位 CC81:0.5 単位 終末期医療、褥瘡と排泄 (60 分) 羽鳥 裕 (公益社団法人 日本医師会 常任理事) 川口 光彦 (医療法人川口内科 川口メディカルクリニック 院長・理事長)
15:00	< 休憩 > (10 分)	
15:10		応用研修 第 2 期 6. (1) : 1 単位 生涯教育 CC73:1 単位 多疾患合併症例 (60 分) 大橋 博樹 (医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック 院長) 高瀬 義昌 (医療法人社団至高会 たかせクリニック 理事長)
16:10		応用研修 第 2 期 4. (1) : 1 単位 生涯教育 CC13:1 単位 かかりつけ医の社会的処方 (60 分) 松田 晋哉 (産業医科大学 医学部公衆衛生学 教授)
17:10	(3) 閉会・挨拶	
17:15	(4) 終了	

日医かかりつけ医機能研修制度

「2019年度第2回応用研修会（DVDにて）」

受講申込書

日時：令和元年9月29日（日）10：00～17：15

会場：大阪府医師会館2階ホール・4階大会議室

日医かかりつけ医機能研修制度「2019年度第2回応用研修会」の受講を希望します。

ふりがな							
1. ご芳名	_____						
2. 医籍登録番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
3. 所属地区医師会	_____ 医師会						
4. 医療機関名	_____						
5. 医療機関住所	〒 _____						
6. 電話・FAX番号	電話 (_____)						
(医療機関)	FAX (_____)						
7. 生年月日	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日						
8. その他	_____						

※定員等の関係上、ご希望に添えない場合がございます。

※上記必要事項をご記入の上、9月13日（金）までに大阪府医師会地域医療2課までFAX（06-6765-3737）にてお申し込みください。受講者には、締め切り後に受講票をお送り致します。

※当日、会館内の温度調節は上着等でのご対応お願いいたします。

※大阪府医師会未入会の方は、入会手続き後にお申し込みくださいますようお願い致します。